

死因登记报告管理制度

(经典版)

编制人：_____
审核人：_____
审批人：_____
编制单位：_____
编制时间：____年____月____日

序言

下载提示：该文档是本店铺精心编制而成的，希望大家下载后，能够帮助大家解决实际问题。文档下载后可定制修改，请根据实际需要进行调整和使用，谢谢！

并且，本店铺为大家提供各种类型的经典范文，如工作总结、实习报告、职业规划、职场语录、规章制度、自我介绍、心得体会、教学资料、作文大全、其他范文等等，想了解不同范文格式和写法，敬请关注！

Download tips: This document is carefully compiled by this editor. I hope that after you download it, it can help you solve practical problems. The document can be customized and modified after downloading, please adjust and use it according to actual needs, thank you!

Moreover, our store provides various types of classic sample essays, such as work summaries, internship reports, career plans, workplace quotes, rules and regulations, self introductions, insights, teaching materials, complete essays, and other sample essays. If you want to learn about different sample formats and writing methods, please pay attention!

死因登记报告管理制度

死因登记报告管理制度

随着个人的文明素养不断提升，报告与我们愈发关系密切，我们在写报告的时候要注意逻辑的合理性。我敢肯定，大部分人都对写报告很是头疼的，下面是本店铺帮大家整理的死因登记报告管理制度，仅供参考，大家一起来看看吧。

死因登记报告管理制度 1

一、工作流程及各部门职责

1. 医生到挂号室的死亡证明存放处领取死亡证明。
2. 医生按规范填写死亡证明，填写好后加盖诊断证明章。
3. 填写好的死亡证明 2 日内交给直报人员，直报人员进行审查 7 日内上报疾控中心，上报完成后了封存在办公室长期留存。

二、死亡医学证明书的编号、发放、回收管理制度

我院死亡证明每年用量较少，根据实际情况，我院的死亡证明的编号有办公室、直报人员统一编号，发放责由填写医生 2、3、4 联发放给死亡家属。

三、证明书填写要求

应用黑色或蓝黑色钢笔逐项认真填写，字迹要清楚，不能涂改，不得用圆珠笔、红笔或铅笔填写。不能错项或漏项。死亡原因填写应用医学专业疾病名称，不能用英文或者英文缩写

四、死因编码、直报要求

1. 医疗机构因指定相关专业人员负责死亡病人的死因编码工作

2. 死亡病例编码(报告)负责人在接到医生填写的死亡医学证明书后, 应在 7 天内按照国际疾病分类标准进行死亡病例编码

3. 各级医疗机构应在 7 天内完成死因编码和网络直报, 不具备网络直报的条件的医疗机构应于 7 天内完成死因编码并填写完整的《死亡医学证明书》《死亡病例报告卡》送交市、县 CDC, 市、县 CDC 应在当天网络直报。

4. 医疗机构在报告死亡原因时, 必须写明直接死因、根本死因并按标准进行编码。

5. 负责死亡报告和死因编码的人员要认真负责, 不得出现编码错误、迟报、漏报

五、原始卡片的保存要求

1. 报告单位应妥善保存死因登记信息原始资料, 填报的《死亡医学证明书》由录入单位档案管理要求长期保存。

2. 报告单位应定期下载或查看个案数据和储存本单位网络上报的原始数据库, 并采取有效方式进行数据的长期备份。

3. 死亡统计资料或分析信息的管理和使用相关单位应按照有关法律、法规和国家、省级卫生行政部门有关规定执行, 不得擅自公布。

4. 对于需要使用死亡信息的, 应由申请人按有关行政审批程序进行审批, 申请书应明确信息的用途、范围、时段和类别。

死因登记报告管理制度 2

为了认真贯彻落实《全国不明原因肺炎病例监测实施方案(试行)》、《全国死因登记信息网络报告工作规范试行)》等法律法规

及文件，做好死亡病例监测网络直报工作，特制定死亡信息报告管理制度如下：

例会制度

1、组织本单位死亡病例报告人员、网络直报人员和村医每季度召开一次死因监测工作会议，主要内容为死亡信息的收集、报告、存在问题、任务指标完成情况等。

2、要高度重视死因监测工作质量，每月组织召开一次死亡报告质量讨论会，使《死亡病例报告卡》、《居民死亡医学证明（推断）书》的填写规范、符合要求，死因链命名准确，使死亡报告工作得到不断的完善。

3、安排专业人员参加卫生室（社区卫生服务站）的死因监测工作会议，了解存在的问题并给予技术上的指导和协调。

4、每次例会均完整的会议记录。

死因登记报告管理制度

1、发现辖区内有死亡病例后，须填报《死亡病例报告卡》。

2、接到《死亡病例报告卡》后，在死亡登记本上进行登记，并展开对死亡信息的核实，信息无误后由具有执业医师证的临床医生填报《居民死亡医学证明（推断）书》。死亡医学证明书填写规范、全面，死因链命名准确。对于不明原因死亡病例，要在《居民死亡医学证明（推断）书》的〈调查记录〉一栏填写死亡病例的症状、体征。

3、在进行网络直报前，死因报告管理人员组织有关人员对死亡病例信息进行调查核实，死亡信息核实无误后在死亡证明书上加盖公

章。

4、网络直报人员在开具死亡证明书后在规定时间内完成网络直报工作。在进行直报时要认真输入死亡病例的基本信息、死亡信息等，输入项目要全面、准确，不得有漏填项。

5、输入完成后做好原始《死亡病例报告卡》和《居民死亡医学证明（推断）书》的保存与管理。

死亡信息核实制度

1、建立死亡信息核实制度，对死因信息不清楚，死因不明的死亡病例要认真核实调查，提高死因推断的准确性。

2、安排专人及时收集辖区内的死亡信息，对有疑问的《居民死亡医学证明（推断）书》及时向填报医生进行核实。

3、负责死亡报告工作人员，对死亡信息不清楚、死因不明的，需核实调查或入户调查，并在《居民死亡医学证明（推断）书》及网络报告卡中填写调查记录。

档案管理制度

1、安排专人妥善保存死因登记信息原始资料（包括原始记录、死亡登记册、各种报表和个案数据）填报的《居民死亡医学证明（推断）书》和《死亡病例报告卡》

2、下载年度报告死亡个案数据和储存本单位网络上报的原始数据库，并采取移动存储或光盘刻录等有效方式进行数据的长期备份，确保报告信息数据安全。

3、按照有关法律、法规和国家有关规定对于死亡统计、信息分

析的资料统一管理，不得擅自公布。

4、对于其他需要使用死亡信息的，应由申请人按有关行政审批程序进行审批，申请书应明确信息的用途、范围、时段和类别。

培训工作制度

1、每半年组织对本单位死因报告人员、临床医生和村医进行培训一次。

2、培训内容为死亡信息的收集、报告、《居民死亡医学证明（推断）书》和《死亡病例报告卡》的正确填写及死因链命名、根本死因的确定。

3、每年派出死因管理工作人员参加上级相关知识的培训。

4、每次培训完成后均有完整、规范的培训记录。

死亡病例查漏制度

1、医院定期与当地派出所、计生、民政等部门核对死亡资料，发现漏报及时补报。

2、定期了解本单位内死亡情况，发现漏报及时补报。

3、通过多种渠道了解辖区内居民死亡情况，发现漏报及时补报。

4、每次查漏都要做好死亡病例查漏记录。

死亡病例网络直报管理制度

1、乡镇以上医疗机构为死因信息网络报告的责任单位，对《死亡医学证明书》及副卡通过《中国疾病预防控制信息系统》平台上的《全国死因登记报告信息系统》进行网络直报。

2、死因监测管理人员收到《医学死亡证明书》后应逐项认真审

核，如发现有错项、漏项、逻辑错误等问题，立即向报告人进行核实、补充或订正，必要时对死亡病例进行实地调查核实，采集病史。

3、死因网络直报人员，收到《医学死亡证明书》后应在规定的时限内完成网络直报。

4、在进行网络直报时要认真填写基本信息：姓名、性别、民族、户口所在地、常住住址、主要职业、婚姻状况、文化程度、出生日期、死亡日期、死亡地点、直接导致死亡的原因或情况、根本死亡原因、最高诊断单位、最高诊断依据、填卡医生、填卡日期等信息。对于不明原因死亡病例，要打开“调查记录”栏，填写病人生前症状、体征、主要辅助检查结果及诊治经过等。

5、网络直报人员应保障网络直报系统有关设备和运行环境的安全，保障计算机功能正常发挥。经常检查直报系统安全状况，发现问题及时处理。

6、网络直报人员应对网络直报系统的帐户、密码等资料妥善保管，密码每月至少更改一次，一般应在8位以上，应有数字与英文字母组合，并严格保密。

死亡病例自查与奖惩制度

1、各医疗卫生机构死因监测人员、临床医生、村医为死亡病例报告责任人，不得因任何原因漏报、缓报、瞒报死亡病例。

2、建立死亡病例登记本、自查登记本和工作日志，单位及科室负责人每月自查一次，死亡病例报告管理领导小组每季度自查一次，自查情况要有完整自查记录。

3、对查出有漏报、缓报、瞒报死亡病例要责成有关人员立即进行补报。

4、对查出的漏报、缓报、瞒报死亡病例要查找原因，追究责任，并按质控细则予以经济处罚，触犯法律的承担法律责任。

5、对实习、进修和新参加工作的医务人员进行死亡病例报告的岗位培训。

6、对死亡病例报告有突出成绩的人员予以奖惩和表彰。

死因登记报告管理制度 3

居民死亡报告和死亡原因统计工作是通过持续、系统地收集人群死亡资料，并进行综合分析，研究死亡水平、死亡原因及变化趋势和规律的一项基础性工作。死亡资料分析产生的期望寿命、孕产妇死亡率和婴幼儿死亡率等健康指标和死因统计信息是反映国家和地区社会经济水平和文化发展状况的重要的科学指标，为国家制定社会经济发展政策、卫生事业发展规划和卫生政策提供科学的依据，同时也是医学、人口学、社会学等科学研究的基础信息。

居民死亡登记采用《居民死亡医学证明书》（以下简称《死亡证》）和《居民死因推断书》（以下简称《推断书》）对死亡原因进行记录，其中《死亡证》是具有法律效力的医疗文书，这为政府进行人口和户籍管理提供客观依据，也是实现人口管理文明和法制化的重要内容。

为了加强死亡报告与死亡原因统计工作的规范化管理，提高死亡报告工作质量，同时，为了及时准确地发现诊断不明的死亡病例，为传染病和新发传染病监测和预警提供基线数据，依据《中华人民共和国

国统计法》、《中华人民共和国执业医师法》和卫生部、公安部 and 民政部《关于使用〈出生医学证明书〉、〈死亡医学证明书〉和加强死因统计工作的通知》、《卫生部办公厅关于印发〈全国不明原因肺炎病例监测实施方案（试行）〉〈县及县以上医疗机构死亡病例监测实施方案（试行）〉的通知》、卫生部《全国疾病控制调查制度》、《全国妇幼保健调查制度》、卫生部《全国疾病预防控制机构工作规范》、《全国疾病监测系统死因监测工作规范（试行）》等法律、法规和文件，特制定本规范。

本规范适用于淄博市各级各类医疗卫生机构开展死因登记网络报告工作。

一、死因登记信息报告和管理

（一）信息收集

1、报告对象

发生在辖区内的所有死亡个案均为死因登记报告的对象，包括在辖区内死亡的户籍和非户籍中国居民，以及港、澳、台同胞和外籍公民。

2、报告单位和报告人

（1）报告单位：各级医疗卫生机构均为死因信息报告的责任单位。

（2）报告人：

（1）各级各类医疗卫生机构医务人员均为死亡信息的报告人。

（2）具有执业医师资格的医疗卫生人员方可填报《死亡医学证

明书》。

3、死亡个案的填报

(1) 医疗卫生机构死亡个案

凡在各级各类医疗机构发生的死亡个案（包括到达医院时已死亡，院前急救过程中死亡、院内诊疗过程中死亡）均应由诊治医生作出诊断并逐项认真填写《死亡医学证明书》。不明原因肺炎或死因不明者必须将死者生前的症状、体征、主要的辅助检查结果及诊治经过记录在《死亡医学证明书》上的调查记录栏内。

(2) 家庭或其他场所死亡个案

在家中或其他场所死亡者，由所在地的村医（社区医生）将死亡信息定期报告至乡镇卫生院（社区卫生服务中心）乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的防保医生，根据死者家属或其他知情人提供的死者生前病史、体征和/或医学诊断，对其死因进行推断，填写《死亡医学证明书》。

(3) 涉法死亡个案

凡需公安司法部门介入的死亡个案，由公安司法部门判定死亡性质并出具死亡证明，辖区乡镇卫生院（社区卫生服务中心）负责该地区地段预防保健工作的医生根据死亡证明填报《死亡医学证明书》。

4、报告内容

(1) 《死亡医学证明书》（见附表（1）填写项目包括：

(1) 一般项目：姓名、性别、民族、主要职业及工种（尽可能同时填写职业和主要从事工作，如：车工、钳工、纺织工、门卫等）

身份证号、户口住址（应按身份证或户口本上登记的填写完整）现住址（应填写具体的门牌号）生前工作单位（应填写死前最后的或工作时间较长的单位）出生日期和死亡日期（按公历填写）实足年龄（按周岁计算，不满 1 周岁的按月日计算，不满 1 日的按小时、分钟计算）婚姻情况、文化程度、死亡地点、疾病最高诊断单位及诊断依据、可以联系的家属姓名及住址或工作单位（包括联系电话，要填写详细）。

（2）与死亡有关的疾病诊断项目：医生应结合死者生前有关疾病或情况进行综合分析，然后按照其导致死亡的顺序（直接死因、间接死因、根本死因）分别填写在《死亡证》的第 I 部分，其他重要医学情况填写在第 II 部分。对于到达医院时已死亡、院前急救过程中死亡等情况，医生应通过家属或知情人提供的情况进行死因推断，家属或知情人提供的情况应填写在《死亡证》或《推断书》背面的调查记录中，而推断后的死因应填写在《推断书》的疾病诊断项目中。

（3）对于县及县级以上医疗机构发生的不明原因死亡病例，医生要按照《全国不明原因肺炎病例监测实施方案（试行）》的要求，在《死亡证》背面的调查记录一栏填写病人的症状、体征；如果是呼吸系统不明原因死亡病例，须填写体温是否超过 38℃，是否有咳嗽、呼吸困难、抗生素治疗无效及肺炎或 SARS 的影像学特征，以及白细胞是否正常。

（4）其他项目：住院号、医师签名（由填写《死亡证》的医生签字）单位盖章（由填《死亡证》的医生所在单位盖章）填报日期（一般应是死者死亡当日或随后几日填报，如果填报日期与死亡日期相距

较远，则应给予文字说明）。

（2）5 岁以下儿童死因登记报告副卡 5 岁以下儿童死亡个案除填写《死亡医学证明书》外，还应填写 5 岁以下儿童死因登记报告副卡（见附表（2）副卡内容主要包括：《死亡医学证明书》编号、出生信息登记卡号、出生医学证明编号、儿童免疫接种卡号、儿童姓名、父亲姓名、母亲姓名、性别、出生日期、出生体重、孕周、出生地点、死亡日期、死亡年龄、死亡诊断、死亡地点、诊断级别和死因诊断依据等。

（3）孕产妇死因登记报告副卡

孕产妇死亡个案除填写《死亡医学证明书》外，还应填写孕产妇死因登记报告副卡（见附表（3）副卡内容主要包括：《死亡医学证明书》编号、姓名、年龄、死亡时间、孕产次、人工流产（引产）次、末次月经、分娩时间、分娩地点、死亡地点、分娩方式、新法接生、致死的主要疾病诊断、死因诊断依据等。

5、填报要求

（1）《死亡医学证明书》共分四联：第一联由出证单位保存，用于网络报告。第二联由出证单位定期寄送县（区）疾病预防控制机构，由疾病预防控制机构保存。如出证单位无网络报告条件，则当地县（区）疾病预防控制机构使用第二联进行网络代报。第三、四联由死者家属交给户籍管理部门，其中第三联为户籍管理部门注销户口凭据，由户籍管理部门保存。第四联由户籍管理部门加盖印鉴，交死者家属作为殡葬火化凭据，由殡葬管理部门保存。《死亡医学证明书》

的填写要求使用蓝色或黑色签字笔，内容完整、准确，字迹清楚，填报人签名，单位盖章。

（2）孕产妇和 5 岁以下儿童死亡个案除填写《死亡医学证明书》外，还必须填写孕产妇或 5 岁以下儿童死因登记报告副卡。

（3）《死亡证》由市卫生局统一印制，市疾控中心负责管理发放，向县（区）疾控机构提供。各县（区）疾控机构定期定量向辖区内医疗机构提供《死亡证》，各级收发单位要做好编号登记工作。

（二）网络报告

1、死因信息报告方式

《死亡医学证明书》及副卡通过《中国疾病预防控制中心信息系统》平台上的《全国死因登记报告信息系统》进行网络直报。

2、报告程序、时限

（1）区县及以上医疗机构

医疗机构指定专人每天收集本院内《死亡医学证明书》及副卡，并由病案室或防保科在 7 天内完成对卡片的审核和网络报告。网络填报时，需要将《死亡医学证明书》死因链、调查记录等原始信息如实录入，并进行根本死因确定及编码。

不具备网络报告条件的医疗机构，在 7 天内以最快的通讯方式（传真、邮寄）将填写完整的《死亡医学证明书》及副卡寄送属地县（区）级疾病预防控制机构。县（区）级疾病预防控制机构收到报告卡后，应在 5 个工作日内代为完成网络报告。

发现不明原因死亡病例，按照《卫生部办公厅关于印发〈全国不

明原因肺炎病例监测实施方案（试行）》《县及县以上医疗机构死亡病例监测实施方案（试行）》的通知》中所规定的报告程序和要求进行报告。

（2）区县以下医疗机构

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）防保医生将收集到的《死亡医学证明书》，在 30 天内完成审核，并通过网络进行报告，网络填报时，需要将《死亡医学证明书》死因链、调查记录等原始信息如实录入。

没有条件实行网络报告的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）应在填写和审核《死亡医学证明书》后向属地的县（区）级疾病预防控制机构报出。县（区）级疾病预防控制机构收到《死亡医学证明书》后，应在 5 个工作日内代为完成网络报告。

（3）其他医疗卫生机构

其他系统（军队、司法、农垦等）的医疗卫生机构应按照本规定进行死因登记报告。

（三）信息管理

1、死亡信息的审核

医疗机构的死亡报告管理人员应对收到的《死亡医学证明书》进行错项、漏项、逻辑错误等检查，对有疑问的《死亡医学证明书》必须及时向诊治（填写）医生进行核实。

区县疾病预防控制机构死亡报告管理人员每个工作日需上网对辖区内报出的死亡信息进行审核，发现填写不合格者应注明具体审核

意见，并反馈、督促报告单位核实、纠正。

区县疾病预防控制中心负责县级以下医疗机构报告的死亡病例的根本死因确定和死因编码，具备条件的县级以下医疗机构也可承担根本死因确定和死因编码工作。区县妇幼保健机构死亡报告管理人员每个工作日需上网对辖区内报出的孕产妇和 5 岁以下儿童死亡信息进行审核，对有疑问的报告信息及时反馈报告单位或向报告人核实。

对于核实无误的《死亡医学证明书》及副卡，区县疾病预防控制中心和妇幼保健机构应于 7 天内通过网络对报告的死亡信息进行审核确认。

2、死亡信息的订正

对已审核确认的报告信息，如发生报告死亡病例死因诊断变更或填卡、编码错误时，应由填报单位及时报告县（区）疾病预防控制中心，由后者负责订正。

孕产妇及 5 岁以下儿童死亡个案，应由属地的妇幼机构对报告的病例进行追踪调查，发现《死亡医学证明书》或副卡信息有误时，应及时做出订正。

3、死亡信息的补报

各级疾控、妇幼和乡镇卫生院(社区卫生服务中心)定期与公安、殡葬、计生等部门核对死亡资料，发现漏报及时补报。村医（社区医生）定期了解辖区内死亡情况，发现漏报及时补报。

4、死亡信息的查重

区县疾病预防控制中心及具备网络报告条件的医疗机构每周对

报告信息进行查重，对重复报告信息确认后删除。

（四）资料保存与管理

1、报告单位和区县疾病预防控制机构应妥善保存死因登记信息原始资料，填报的《死亡医学证明书》由录入单位和区县疾病预防控制机构按档案管理要求长期保存。

2、报告单位和区县疾病预防控制机构应定期下载个案数据和储存本单位网络上报的原始数据库，并采取有效方式进行数据的长期备份。

3、死亡统计资料或分析信息的管理和使用相关单位应按照国家有关法律、法规和国家、省级卫生行政部门有关规定执行，不得擅自公布。

4、对于需要使用死亡信息的，应由申请人按有关行政审批程序进行审批，申请书应明确信息的用途、范围、时段和类别。

二、信息的分析和利用

（一）县及县以上医疗机构死因登记报告信息

各区县疾病预防控制机构相关部门应对所属区县及以上医疗机构死因登记报告数据进行动态分析，发现某些疾病死亡水平异常波动时应及时向上级机构和同级卫生行政部门报告，并向责任报告单位或报告人进行反馈。

（二）全人群死因登记报告信息

各区县疾病预防控制机构和妇幼保健机构相关部门应对监测点死因登记报告信息和其它全人群死因登记报告信息定期进行汇总、分析，并编写死因分析报告，报上级机构和同级卫生行政部门。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/038116045010006142>